

### Schweigepflicht und Datenlöschung

Im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung.

Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Selektivvertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung müssen diese Daten gelöscht werden.



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



**BARMER**  
**GEK** die gesund  
experten

### Vertrag zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73a SGB V

zwischen  
**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**  
nachfolgend „KV Nordrhein“ genannt

im Einvernehmen mit  
**dem Berufsverband der HNO-Ärzte in Nordrhein e.V.**  
vertreten durch den Landesvorsitzenden  
**Herrn Dr. med. Joachim Wichmann**

und

**der BARMER GEK**  
vertreten durch die  
**Landesvertretung Nordrhein-Westfalen**  
**Mecumstr. 10, 40223 Düsseldorf**  
- nachfolgend **BARMER GEK** genannt -

### über die Durchführung der spezifischen Immuntherapie mit Wirkung ab dem 01.01.2014

### Anmerkung

Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf beide Geschlechter.

### Anlagen

- Anlage 1 Leitlinien für „Diagnostik und Therapie Allergologie und klinische Immunologie“ der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie in ihrer jeweils gültigen Fassung (<http://www.awmf.org/leitlinie>)
- Anlage 2 Qualitätssiegel Allergologie (BV HNO)
- Anlage 3 Teilnahmeerklärung Versicherte
- Anlage 4 Teilnahmeerklärung Arzt
- Anlage 5 Dokumentationsbogen Anamnese- und Therapieentscheidungsbogen
- Anlage 6 Dokumentationsbogen Allergologie Statusbogen
- Anlage 7 Patientenfragebogen (noch zu entwickeln)
- Anlage 8 PEI-Liste der zugelassenen Therapieallergene (<http://www.pei.de>)

### Präambel

Allergien sind chronische und chronisch rezidivierende Erkrankungen mit hohem Morbiditäts-Potential. Die chronisch allergische Rhinokonjunktivitis sowie das allergische Asthma haben eine erhebliche Einschränkung in der Leistungsfähigkeit des Patienten und somit eine hohe sozioökonomische Belastung zur Folge.

Das Risiko der Asthmaentwicklung ist vor allem unter Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit allergischer Rhinitis im Gegensatz zu Gesunden in dieser Altersgruppe erhöht.

Die spezifische Immuntherapie (SIT) ist die einzige kausale Therapie allergischer Erkrankungen und wird in der S2-SIT-Leitlinie für die Indikationen „allergische Rhinokonjunktivitis“ und „allergisches Asthma“ empfohlen. Für die Durchführung der SIT gilt neben der sublingualen Applikation (SLIT) gemäß den geltenden Leitlinien die subkutane Applikation (SCIT) als „Goldstandard“.

Sie stellt eine wirksame und darüber hinaus langfristige Therapieform dar, die allergischen Beschwerden für immer zu verlieren oder zumindest für einen langen Zeitraum zu reduzieren. Durch die Wirkung dieser Behandlung kann ein Fortschreiten von allergischen Erkrankungen verhindert und einem Etagenwechsel der Symptomatik hin zum „Asthma bronchiale“ entgegengewirkt werden. Darüber hinaus kann durch den Einsatz der SCIT sowohl bei „allergischer Rhinokonjunktivitis“ als auch bei „allergischem Asthma bronchiale“ eine Reduktion parallel eingenommener antisymptomatischer Medikation bewirkt werden.

Trotz der WHO-Empfehlung, eine spezifische Immuntherapie über einen Zeitraum von 3 – 5 Jahren durchzuführen, werden im klinischen Alltag hohe Therapieabbrüche innerhalb von 3 Jah-

ren beobachtet. Die Therapieuntreue gefährdet im Versorgungsalltag eine leitliniengemäße Behandlung, die zur Zunahme von Neuerkrankungen beim „allergischen Asthma bronchiale“ führt.

Der spezielle Versorgungsvertrag zwischen der BARMER GEK und KV Nordrhein zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der BARMER GEK mit der Diagnose „allergischer Rhinokonjunktivitis“ oder „allergisches Asthma bronchiale“ fördert den Therapieansatz der spezifischen Immuntherapie. Ziel dieser Behandlung ist die Desensibilisierung der Patienten über drei Jahre, die Kontrolle der Erkrankung und die Verhinderung eines chronisch-allergischen Syndroms. Durch eine frühzeitige und gezielte Intervention bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden soll eine Progression der Erkrankung verhindert werden.

Im Zentrum der Versorgung steht ein individuell angepasstes Therapieschema durch eine qualitätsgesicherte vollständige Diagnostik, Therapieführung und ein qualitätsgesichertes Arzneimittel-Management. Eine umfassende Information zur Therapie und die Einrichtung einer patientenfreundlichen Praxis sollen die schlechte Compliance und Therapiemithwirkung der Patienten verbessern, um einen frühzeitigen Therapieabbruch zu vermeiden.

Versicherte der BARMER GEK werden auf diese besondere Behandlungsmöglichkeit durch die BARMER GEK hingewiesen. Ihnen wird die freiwillige Teilnahme an dieser Versorgung ermöglicht.

Die Anforderungen an Qualitätssicherung, Indikationsstellung und Patientenmanagement ermöglichen eine positive Beeinflussung der Compliance und Optimierung der notwendigen dreijährigen Therapiedauer mit dem Ziel, durch eine dauerhafte Beschwerdelinderung und Reduktion des Medikamentenverbrauchs die Lebensqualität und Gesundheit für die erkrankten Versicherten nachhaltig zu verbessern.

### § 1 Ziele des Vertrages

Dieser Vertrag verfolgt das Ziel,

1. den Therapieerfolg im Rahmen einer wirtschaftlichen Leistungserbringung gemäß § 12 SGB V zu verbessern,
2. die flächendeckende qualitätsgesicherte und leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie der für Atemwegserkrankungen ursächlichen Allergien zu sichern,
3. die gezielte Behandlung allergischer Atemwegserkrankungen speziell bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden zur Vermeidung eines frühzeitigen Etagenwechsels besonders zu fördern,
4. die Compliance und die Therapiemithwirkung der Patienten nachhaltig zu fördern, durch
  - eine umfassende Beratung des behandelnden Arztes vor Therapiebeginn,
  - die bevorzugte Terminvergabe für Versicherte der BARMER GEK,

- die Begrenzung der Wartezeiten,
  - die Einrichtung eines Recall-Systems,
5. der Umsetzung einer qualitätsgesicherten Therapieführung und eines Arzneimittel-Managements
    - zur Vermeidung einer Chronifizierung von Rhinokonjunktivitis,
    - zur Verhinderung der Entwicklung von Asthma bronchiale,
    - zur Reduktion des Medikamentenverbrauchs und den damit verbundenen Arzneimittelkosten.

### § 2 Teilnahmevoraussetzungen Versicherte

1. Teilnahmeberechtigt sind grundsätzlich alle im Geltungsbereich dieses Vertrages bei der BARMER GEK Versicherten unter 25 Jahren mit Wohnsitz im Bereich der KV Nordrhein.
2. Voraussetzung zur Teilnahme ist das Vorliegen einer allergischen Rhinopathie (ICD J30) oder von allergischem Asthma bronchiale (ICD J45.0).
3. Eine Teilnahmemöglichkeit besteht nur für Versicherte, die erstmalig mit einer SIT beginnen. Eine Teilnahme für Versicherte, die sich zum Vertragsbeginn bereits im 1., 2. oder 3. Jahr der SIT befinden, ist nicht möglich.
4. Für teilnahmeberechtigte Versicherte, deren Therapie über das 25. Lebensjahr hinausgeht, besteht ein Leistungsanspruch bis zum Abschluss der gesamten Behandlung.
5. Die Teilnahme des Versicherten an diesem Vertrag ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.
6. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an diesem Vertrag durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung sowie der Einwilligung zur Datenverarbeitung (Anlage 3). Der teilnehmende Vertragsarzt, der das Informationsgespräch zum Vertrag mit dem teilnehmenden Patienten führt, leitet die Teilnahmeerklärung zum Ende des jeweiligen Quartals an die KV Nordrhein weiter.
7. Mit der Einschreibung verpflichten sich die Versicherten, die nach dem Versorgungsauftrag dieses Vertrages definierte Behandlung ausschließlich durch am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte in Anspruch zu nehmen. Die Behandlung in diesem Sinne umfasst sämtliche in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen.
8. Die Inanspruchnahme weiterer Vertragsärzte im Rahmen dieses Krankheitsbildes erfolgt ausschließlich nach Maßgabe der teilnehmenden Ärzte. Dies gilt nicht bei Notfällen. Die Nichteinhaltung der dem Versicherten obliegenden Verpflichtungen berechtigt die BARMER GEK zur außerordentlichen Beendigung seiner Teilnahme am Vertrag.
9. Die Versicherten können ihre Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der BARMER GEK mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Quartals kündigen. Die BARMER GEK wird den behandelnden Arzt des Patienten unverzüglich über die Kündigung der Teilnahme und den Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens informieren. Bis zur Wirksamkeit der Kündigung, längstens bis zu ihrer Bekanntgabe für den Fall, dass die BARMER GEK den Arzt nicht rechtzeitig informiert hat, hat der Arzt einen Vergütungsanspruch für Behandlungen nach diesem Vertrag.

10. Die Teilnahme der Versicherten an diesem Vertrag endet auch
  - mit dem Ende der Mitgliedschaft / des Versicherungsverhältnisses bei der BARMER GEK,
  - bei Beendigung des Vertrages,
  - mit dem Abschluss der gesamten Behandlung spätestens nach 3 Jahren.
11. Die BARMER GEK teilt der KV Nordrhein -an eine von der KV Nordrhein benannte Stelle- die Kündigung der Patienten zeitnah zur Berücksichtigung für das historische Versicherungsverzeichnis mit.

### § 3

#### Teilnahmevoraussetzungen Ärzte

1. Teilnahmeberechtigt sind alle zugelassenen oder in einer niedergelassenen Praxis oder in einem MVZ angestellten Fachärzte für HNO-Heilkunde mit Vertragsarztsitz im Bereich der KV Nordrhein. Durch die KV Nordrhein gemäß § 31 Ärzte-ZV ermächtigte Ärzte oder ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sind nicht teilnahmeberechtigt.
2. Die Teilnahme der Vertragsärzte ist freiwillig.
3. Folgende Nachweise sind vor Teilnahme am Vertrag einzu-reichen:
  - Qualitätssiegel Allergologie des BV HNO e.V. (Anlage 2)
  - Nachweis über die Absolvierung eines von der Ärztekammer anerkannten Notfalltrainings für Arztpraxen, der Nachweis darf nicht älter als zwei Jahre vor Teilnahmebeginn am Vertrag sein
4. Vertragsärzte, die das Qualitätssiegel Allergologie des BV HNO e.V. noch nicht erworben haben, müssen bei einer Vertragsteilnahme die Anmeldung zur Erlangung der Zusatzqualifikation mit dem Teilnahmeantrag einreichen. Der Abschluss der Fortbildung ist spätestens ein Jahr nach Erteilung des Genehmigungsbescheides gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen. Sollte der Erwerb des Qualitätssiegels Allergologie des BV HNO e.V. innerhalb eines Jahres nach Antragstellung auf Teilnahme am Vertrag nicht der KV Nordrhein vorgelegt werden, ist die Teilnahme mit dem Zeitpunkt des Ablaufs der einjährigen Frist beendet.
5. Zur weiteren Beibehaltung der Teilnahmeberechtigung an diesem Vertrag sind die folgenden Nachweise vorzulegen:
  - Jährlicher Nachweis über die Absolvierung einer von der Ärztekammer anerkannten Fortbildung im Bereich Allergologie/Immunologie
  - Jedes zweite Jahr Vorlage eines Nachweises über die Absolvierung eines von der Ärztekammer anerkannten Notfalltrainings für Arztpraxen.
6. Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung übersendet der beantragende Vertragsarzt den ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeantrag (Anlage 4) und die unter Absatz 3 erwähnten Nachweise an die KV Nordrhein. Sofern das Qualitätssiegel noch nicht vorgelegt werden kann, gilt die Regelung nach Absatz 4.  
Mit der Teilnahmeerklärung erkennen die Ärzte die Inhalte dieses Vertrages als verbindlich an.

7. Bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KV Nordrhein dem Vertragsarzt eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.

### § 4

#### Aufgaben und Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Die teilnehmenden Ärzte übernehmen folgende Aufgaben und Pflichten:

1. Bevorzugte Terminvergabe in der Regel innerhalb von 14 Tagen für Versicherte der BARMER GEK, außer dies ist aufgrund von Praxisurlaub oder Krankheit nicht möglich. Die Terminvergabe erfolgt insbesondere unter Berücksichtigung der Arbeitszeiten von berufstätigen Versicherten. Ebenso ist eine familienfreundliche Vergabe von Terminen zu gewährleisten.
2. Begrenzung der Wartezeit für Versicherte der BARMER GEK bei vorab vereinbarten Terminen auf in der Regel 30 Minuten.
3. Einrichtung und Umsetzung eines Recall-Systems, in welchem teilnehmende Versicherte innerhalb von 14 Tagen vor der nächsten Behandlung per Telefon, per SMS oder E-Mail an ihre Termine erinnert werden. Diesbezüglich sind die notwendigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zwingend zu beachten und es ist explizit die Einwilligung des Versicherten vom Arzt einzuholen.
4. Eingehende Beratung, Diagnose und Behandlung der teilnehmenden Versicherten der BARMER GEK entsprechend den -in ihrer jeweils gültigen Fassung- geltenden Leitlinien für „Diagnostik und Therapie Allergologie und klinische Immunologie“ der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots gem. § 12 SGB V.
5. Bei Patienten, die für die SIT vorgesehen sind, ist der Anamnese- und Therapieentscheidungsbogen gemeinsam mit dem Patienten zu erstellen und die Behandlung -entsprechend Absatz 1- kurzfristig einzuleiten.
6. Für die SCIT werden vom Paul-Ehrlich-Institut zugelassene Therapieallergene verwendet (Anlage 8). Weiterhin können verkehrsfähige SCIT-Präparate eingesetzt werden, wenn sie den Übergangsregelungen der Therapieallergene-Verordnung (TAV) entsprechen. Der Einsatz von zugelassenen SLIT-Präparaten erfolgt entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot unter strikter Wahrung der S-2 Leitlinie und ist in der Dokumentation zu begründen.
7. Bei Abschluss bzw. bei vorzeitiger Beendigung der Behandlung wird dem Patienten der Patientenfragebogen (Anlage 7) zusammen mit einem an die Landesgeschäftsstelle Nordrhein-Westfalen der BARMER GEK adressierten und frankierten Rückumschlag ausgehändigt. Die Inhalte des Patientenfragebogens und der Ablauf der Patientenbefragung werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

### § 5

#### Beendigung der Teilnahme der Ärzte

1. Die Teilnahme des Arztes an dieser Vereinbarung endet mit
  - dem Ruhen oder der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,

## Amtliche Bekanntmachungen

- der Feststellung der KV Nordrhein, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht oder nicht mehr erfüllt werden,
  - der Kündigung, die schriftlich und mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Quartals gegenüber der KV Nordrhein zu erklären ist. Die Teilnahme der Ärzte endet ferner, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit Beendigung des Vertrages.
2. Die Vertragspartner können bei erheblichen Vertragsverstößen eines Arztes oder aus sonstigen wichtigen Gründen aufgrund derer die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses den Vertragspartnern nicht mehr zugemutet werden kann sowie bei Verstößen gegen gesetzliche, vertragsärztliche oder berufsrechtliche Verpflichtungen neben gesetzlichen, disziplinarischen oder berufsrechtlichen Maßnahmen folgende Maßnahmen ergreifen:
    - schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
    - keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für abgerechnete Pauschalen,
    - Kündigung der Teilnahme und der Abrechnungsgenehmigung.
  3. Eine erneute Teilnahme des Arztes ist nur mit schriftlicher Zustimmung der BARMER GEK möglich.

### § 6

#### Vergütung und Abrechnung

1. Die Vergütung der ärztlichen Grundpauschale (EBM-Nrn. 09210, 09211 und 09212) erfolgt nach dem jeweils gültigen EBM sowie den jeweils zwischen den Vertragspartnern gültigen gesamtvertraglichen Regelungen und dem jeweils gültigen HVM.
2. Zusätzlich zur Vergütung nach Abs. 1 können jedem teilnehmenden Arzt für diagnostische und therapeutische Leistungen einer SCIT-Behandlung pro teilnahmeberechtigtem Patient Pauschalen in einer Höhe von 240 €/Jahr vergütet werden. Leistungen im Rahmen einer SLIT-Behandlung können pro teilnahmeberechtigtem Patient in einer Höhe von 50 €/Jahr als Einzelleistung vergütet werden.
3. Voraussetzung für die Abrechnung der Symbolnummern ist die ordnungsgemäße Erstellung der Dokumentationen zu den jeweiligen Symbolnummern:

Symbolnummer	Legende	Vergütung in Euro
90400	Diagnostische und ärztliche Leistung SCIT-Behandlung Abrechnung im 1. bis 12. Monat nach Therapiebeginn pro Patient/Quartal, insgesamt 4-mal im Krankheitsfall sowie Dokumentation der Anamnese und Therapieentscheidung ( <b>Dokumentationsbogen 5</b> ) bei Beginn der SCIT und Dokumentation des Therapieverlaufs ( <b>Dokumentationsbogen 6</b> ) 12 Monate nach Beginn der <b>SCIT</b>	60,00 €

90401	Diagnostische und ärztliche Leistung SCIT-Behandlung Abrechnung im 13. bis 24. Monat nach Therapiebeginn pro Patient/Quartal, 4-mal im Krankheitsfall sowie Dokumentation des Therapieverlaufs ( <b>Dokumentationsbogen 6</b> ) 24 Monate nach Beginn der <b>SCIT</b>	60,00 €
90402	Diagnostische und ärztliche Leistung SCIT-Behandlung Abrechnung im 25. bis 36. Monat nach Therapiebeginn pro Patient/Quartal, 4-mal im Krankheitsfall sowie Dokumentation des Therapieverlaufs ( <b>Dokumentationsbogen 6</b> ) 36 Monate nach Beginn der <b>SCIT</b>	60,00 €
90403	Diagnostische und ärztliche Leistung SLIT-Behandlung Abrechnung nach Therapiebeginn pro Patient/Jahr, 1-mal im Krankheitsfall sowie Dokumentation der Anamnese/ Therapieentscheidung und des Therapieverlaufs ( <b>Dokumentationsbögen 5 und 6</b> ) nach Beginn der <b>SLIT</b>	50,00 €

4. Die Abrechnung der Symbolnummern kann nur für neu ab dem 1. Januar 2014 aufgenommene Allergiepazienten erfolgen. Für Versicherte, die sich bereits im 1., 2. oder 3. Jahr der SIT-Therapie befinden, kann eine Abrechnung nach diesem Vertrag nicht vorgenommen werden.
5. Die erbrachten Leistungen sind von den teilnehmenden Ärzten im Rahmen der regulären Quartalsabrechnung über die KV Nordrhein abzurechnen.
6. Die Finanzierung erfolgt seitens der BARMER GEK gegenüber der KV Nordrhein außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Einzelleistung.
7. Die KV Nordrhein weist gegenüber der BARMER GEK quartalsweise alle nach Absatz 3 erbrachten Leistungen gesondert im Formblatt 3 unter der Kontenart 400, Kapitel 92.22 aus.
8. Die KV Nordrhein wird der BARMER GEK quartalsweise ein elektronisches Verzeichnis über die eingeschriebenen Versicherten (Patienten) und teilnehmenden Ärzte zur Verfügung stellen.
9. Die KV Nordrhein erhebt für ihre Leistungen für die Umsetzung dieses Vertrages bei den ärztlichen Vertragsteilnehmern den sich aus der Satzung ergebenden Verwaltungskostenatz.

### § 7

#### Vertragscontrolling

1. Die Partner dieser Vereinbarung sind sich einig, dass das Erreichen der Vertragsziele, insbesondere zu den finanziellen Auswirkungen, überprüft wird. Zur Darstellung der Kostenentwicklung werden jährlich durch die BARMER GEK

die teilnehmenden Versicherten mit den Versicherten, die sich zur Hyposensibilisierung in Behandlung bei HNO-Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Allergologie“ mit mind. 200 erbrachten Hyposensibilisierungen in einem Jahr befinden und nicht an diesem Vertrag teilnehmen, verglichen.

- Außerdem werden quartalsweise folgende Kennzahlen der Vertragsteilnehmer (Ärzte und Patienten) erhoben:
  - durch die KV Nordrhein
    - Anzahl der teilnehmenden Ärzte
    - Anzahl und Alter der teilnehmenden Versicherten
  - durch die BARMER GEK
    - Häufigkeit der Diagnosen
    - Anzahl der Behandlungstage
    - Arzneimittel (Kosten und verordnete Wirkstoffe)
- Die Vertragspartner werden gemeinsam die Ergebnisse des Vertragscontrollings bewerten.

### § 8

#### Datenschutz, Datentransparenz und -austausch

Bei der Durchführung und Dokumentation des Vertrages bleiben die ärztliche Schweigepflicht sowie die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen unberührt und sind von den Vertragspartnern zu beachten. Den für die Umsetzung dieses Vertrages notwendigen Datenaustausch, der über das übliche Maß hinausgeht, vereinbaren die Vertragspartner gesondert. Die Weitergabe von persönlichen Daten außerhalb der Behandlung ist nur anonymisiert möglich.

### § 9

#### Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung

- Der Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.01.2014 in Kraft und endet am 31.12.2016.
- Der Vertrag kann unbeschadet der Regelung des Abs. 1 von jedem Vertragspartner mit einer Kündigungsfrist von acht Wochen zum Quartalsende aus wichtigem Grund gekündigt werden.

### § 10

#### Schlussbestimmungen / Salvatorische Klausel

- Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- Die Anlagen zu diesem Vertrag sind ausdrücklicher und verbindlicher Bestandteil des Vertrages.
- Sollten einzelne Regelungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Regelungen nicht. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die unwirksame Regelung durch eine rechtlich zulässige Regelung zu ersetzen, die dem Sinn und Zweck am Nächsten kommt. Gleiches gilt, wenn eine Regelung undurchführbar ist.

Düsseldorf, den 27. Januar 2014

#### Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff  
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier  
Stellvertretender Vorsitzender

#### BV der HNO-Ärzte Nordrhein e.V.

Dr. med. Joachim Wichmann  
Landesvorsitzender

#### BARMER GEK

Heiner Beckmann  
Landesgeschäftsführer

## Anlage 1

### Leitlinien

für „Diagnostik und Therapie Allergologie und klinische Immunologie“ der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie in ihrer jeweils gültigen Fassung ([www.awmf.org](http://www.awmf.org))

## Anlage 2

### Qualitätssiegel Allergologie (BV HNO)

#### Formalien

- Mitglied im HNO-Berufsverband
- HNO-Facharztanerkennung

#### Kurs

- Kurs QS Allergologie mit Notfallkurs (BV HNO)

#### Voraussetzungen

- 200 Hyposensibilisierungen (SCIT-Injektionen/SLIT-Verordnungen) pro Jahr
- 100 Allergietestungen (Prick, Intracutan, Epicutan, Scratch) pro Jahr.

(Nachweis durch mindestens 2 Quartalsabrechnungen)

- Kühlschrank mit Dokumentation der Temperatur
- Notfallausrüstung
- Rhinomanometrie

(Nachweis durch Auszüge aus QM-Arbeitsanweisungen)

### Anlage 3

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein  
Gute Versorgung. Gut organisiert.

**BARMER**  
**GEK** die gesund  
experten

**Anlage 3** zum Vertrag über die Durchführung der spezifischen Immuntherapie

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten**  
**Bitte zum Quartalsende an Ihre Bezirksstelle übersenden**  
**Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten**

#### Erklärung zur Teilnahme an dem Vertrag über die Durchführung der spezifischen Immuntherapie

Hiermit erkläre ich

- meine Teilnahme an dem Vertrag der BARMER GEK
- dass ich ausführlich und umfassend über die Ziele und Inhalte dieses Vertrages informiert wurde
- dass ich ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen im Rahmen der Aufklärung zur Teilnahme an dem obigen Vertrag, sowie bezüglich der Datenerhebung, -verarbeitung und -übermittlung zu klären
- dass ich darüber informiert wurde, dass mein Recht auf freie Arztwahl durch diese Vereinbarung nicht eingeschränkt wird
- dass ich der Weitergabe meiner Sozialdaten an die Vertragspartner zustimme
- dass ich die Information zur Teilnahme an dem Vertrag (siehe Rückseite) gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.

Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterschrift dieser Teilnahmeerklärung. Meine Teilnahme kann jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich gegenüber der BARMER GEK mit einer Frist von acht Wochen zum Ende eines Quartals gekündigt werden. Das Ende des Versicherungsverhältnisses bei der BARMER GEK oder die Beendigung des Vertrages hat eine unmittelbare Beendigung an der Teilnahme des Vertrages zur Folge.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

#### Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

- Die auf der Rückseite befindlichen „Informationen zur datenschutzrechtlichen Einverständniserklärung“ habe ich gelesen und verstanden.
- Ich bin über die dort beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten aufgeklärt worden und erkläre mich damit einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

#### Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag nach § 73 a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die/den Versicherte/n bzw. die/den gesetzlichen Vertreter/in über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an dem Vertrag umfassend aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel der Arztpraxis

Unterschrift

#### Informationen für den einschreibenden Arzt:

Bitte senden Sie die unterschriebene Teilnahmeerklärung zum Quartalsende an Ihre Bezirksstelle der KV Nordrhein

*siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)*

### Informationen zur Teilnahme und zum Datenschutz

#### Informationen zur Teilnahme an dem Vertrag über die Durchführung der spezifischen Immuntherapie mit der BARMER GEK

Die BARMER GEK hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und dem Berufsverband der HNO-Ärzte in Nordrhein e.V. einen Vertrag nach § 73a SGB V über die Durchführung der spezifischen Immuntherapie abgeschlossen.

Wesentliche Ziele sind insbesondere:

- Umfassende Beratung und Indikationsstellung vor Beginn der Therapie
- Qualitätsgesicherte, leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie der für Atemwegserkrankungen ursächlichen Allergien
- Verbesserung des Therapieerfolges zur Vermeidung einer Chronifizierung von Rhinokonjunktivitis / Verhinderung der Entwicklung von Asthma bronchiale
- Bevorzugte und patientenfreundliche Terminvergabe in der Regel innerhalb von 14 Tagen
- Kurze Warte- und Behandlungszeiten
- Regelmäßige Erinnerung an die nächsten Behandlungstermine

Die Teilnahme ist freiwillig und kann durch die/den Versicherte/n jederzeit gekündigt werden. Sie ist jedoch nur möglich, wenn sie durch schriftliche Einwilligung durch die/den Versicherte/n bzw. deren/dessen gesetzlichen Vertreter/n erfolgt.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne die Angabe von Gründen kündigen und die Teilnahme an diesem Vertrag beenden kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag der BARMER GEK sofort gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung des Vertrages bzw. der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Die teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, während der Dauer der Tätigkeit im Rahmen dieses Vertrages und auch nach Beendigung der Tätigkeit über alle Sozialdaten der Versicherten Stillschweigen zu bewahren.

#### Informationen zur datenschutzrechtlichen Einverständniserklärung

Die BARMER GEK sowie die teilnehmenden Fachärzte und die KV Nordrhein sind berechtigt:

- Die vorliegenden und erhobenen personenbezogenen Daten über mich und meine Erkrankungen einschließlich der mich betreffenden Diagnosen im Rahmen des Vertrages zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten, zu nutzen und in verschlüsselter Form untereinander zu übermitteln, sowie diese Daten in einer elektronischen Datenbank zu erfassen. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden eingehalten.
- Daten zum Zwecke wissenschaftlicher Forschung unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen zu verarbeiten.
- Die Daten in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung und für den Effizienznachweis zu nutzen.
- Die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden nur in anonymisierter Form zu speichern. Alle Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, werden bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht.

Diese von mir erklärte Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Hierzu ist es ausreichend, wenn ich diesen Widerruf gegenüber der BARMER GEK erkläre. Mit dem Widerruf der Einwilligung ist auch der Austritt aus diesem Vertrag verbunden.

### Anlage 4



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein  
Gute Versorgung. Gut organisiert.



### Teilnahmeantrag des HNO-Facharztes zum Vertrag über die Durchführung der spezifischen Immuntherapie zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein im Benehmen mit dem BV der HNO-Ärzte Nordrhein e.V. und der BARMER GEK

**Für Ärzte der Bezirksstelle Düsseldorf:**

KV Nordrhein  
Bezirksstelle Düsseldorf  
-Abteilung Qualitätssicherung-  
40182 Düsseldorf

**Für Ärzte der Bezirksstelle Köln:**

KV Nordrhein  
Bezirksstelle Köln  
-Abteilung Qualitätssicherung-  
50668 Köln

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.	Fax Nr.	E-Mail:
Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		

**Hiermit beantrage ich die Teilnahme am o.g. Vertrag.**

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich Anlagen bekannt und ich werde diese einhalten.
2. Im Besonderen verpflichte ich mich, die in § 3 festgelegten Anforderungen zu erfüllen.
3. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
4. Mir ist bekannt, dass im Falle von Vertrags-/Gesetzesverstößen (§ 5) erbrachte Leistungen nicht vergütet werden und weitergehende Maßnahmen bis hin zur außerordentlichen Kündigung ergriffen werden können.
5. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die BARMER GEK einverstanden sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Arztstempel und Unterschrift)



Anlage 5: Dokumentationsbogen Anamnese- und Therapieentscheidungsbogen

**Dokumentationsbogen Allergologie  
Anamnese- und Therapieentscheidungsbogen**

**Patient**

Alter \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich

Postleitzahl (Angabe der ersten drei Ziffern) \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Versicherten Barmer GEK

**Arztkontakt**

Datum der Untersuchung \_\_\_\_\_

Überweisung des Patienten durch \_\_\_\_\_ (Bezeichnung der Facharztgruppe)

Erstkontakt des Patienten beim Allergologen

**Kontraindikation**

Folgende Kontraindikationen für eine Spezifische Immuntherapie (SIT) liegen vor:

- Teil- oder unkontrollierter Asthma bronchiale bzw. mittel- oder schwergradig persistierendes Asthma bronchiale
- Kardiovaskuläre Erkrankung mit erhöhtem Risiko von Nebenwirkungen nach Adrenalingabe
- Behandlung mit Beta Blockern (lokal, systemisch)
- Schwere Autoimmunerkrankungen, Immundefekte, Immunsuppression
- Maligne neoplastische Erkrankungen mit aktuellem Krankheitswert
- Chronische Entzündungen in der Mundhöhle mit schweren Symptomen
- Schwangerschaft
- Bereits erfolglos durchgeführtes SIT mit gleichem Allergen
- Unzureichende Compliance
- Sonstige Kontraindikationen \_\_\_\_\_

In begründeten Einzelfällen kann auch bei Vorliegen einer oder mehrerer oder genannten Kontraindikationen eine SIT durchgeführt werden. In diesem Fall begründen Sie bitte die Entscheidung.

siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

### Indikationen zur SIT

#### Symptome

Bitte geben Sie an, ob ihr Patient ein oder mehrere der folgenden Symptome aufweist. Bei Vorliegen des jeweiligen Symptoms, füllen Sie bitte jeden Monat entsprechend der folgenden Beschwerde-Skala aus:

**0 = keine, 1 = schwache, 2 = mäßige, 3 = starke Symptome**

Okulare Symptome

Jan \_\_\_\_ Feb \_\_\_\_ Mrz \_\_\_\_ Apr \_\_\_\_ Mai \_\_\_\_ Jun \_\_\_\_ Jul \_\_\_\_ Aug \_\_\_\_ Sep \_\_\_\_ Okt \_\_\_\_ Nov \_\_\_\_ Dez \_\_\_\_

Nasale Symptome

Jan \_\_\_\_ Feb \_\_\_\_ Mrz \_\_\_\_ Apr \_\_\_\_ Mai \_\_\_\_ Jun \_\_\_\_ Jul \_\_\_\_ Aug \_\_\_\_ Sep \_\_\_\_ Okt \_\_\_\_ Nov \_\_\_\_ Dez \_\_\_\_

Asthma bronchiale

Jan \_\_\_\_ Feb \_\_\_\_ Mrz \_\_\_\_ Apr \_\_\_\_ Mai \_\_\_\_ Jun \_\_\_\_ Jul \_\_\_\_ Aug \_\_\_\_ Sep \_\_\_\_ Okt \_\_\_\_ Nov \_\_\_\_ Dez \_\_\_\_

#### Allergietests

Bitte geben Sie an, welche Allergietests Sie durchgeführt haben

Prick Test

Provokationstest     konjunktival     nasal     bronchial

In-Vitro-Tests (RAST, EAST, FEIA)

Nachgewiesene Allergene

Baumpollen: \_\_\_\_\_ (Benennung)

Gräserpollen: \_\_\_\_\_ (Benennung)

Kräuterpollen: \_\_\_\_\_ (Benennung)

Milben

Nachweis einer IgE-vermittelten Sensibilisierung  ja     nein

Eindeutiger Zusammenhang mit ausreichender klinischer Symptomatik  ja     nein

Verfügbarkeit von standardisierten bzw. qualitativ hochwertigen Allergenextrakten  ja     nein

### Therapieentscheidung

SIT     ja     nein

wenn ja:

SCIT

SLIT    Bitte Begründen Sie Ihre Entscheidung \_\_\_\_\_

Der Patient wird gegen folgende Allergene desensibilisiert und erhält folgende SIT-Präparate

1. Allergen \_\_\_\_\_ Arzneimittel \_\_\_\_\_ PZN-Nr. \_\_\_\_\_

2. Allergen \_\_\_\_\_ Arzneimittel \_\_\_\_\_ PZN-Nr. \_\_\_\_\_

3. Allergen \_\_\_\_\_ Arzneimittel \_\_\_\_\_ PZN-Nr. \_\_\_\_\_

4. Allergen \_\_\_\_\_ Arzneimittel \_\_\_\_\_ PZN-Nr. \_\_\_\_\_

*siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)*

### Therapieentscheidung

Ablauf der Behandlung  präseasonal  perennial

### Aufklärung des Patienten

Ich habe den Patienten auf Folgendes hingewiesen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Aufklärung über Art, Dauer und Durchführung der SIT
- Aufklärung über die erwartete Wirkung / Erfolgsaussichten
- Aufklärung über mögliche Risiken und Nebenwirkungen
- Aufklärung über Alternativen zur SIT
- Verhaltensinstruktionen
- Aushändigung von geeigneten Patienteninformationen zur jeweiligen Allergie
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## Anlage 6: Dokumentationsbogen Allergologie Statusbogen nach

- 12 Monaten
- 24 Monaten
- 36 Monaten

### Behandlungsverlauf

Datum der Untersuchung \_\_\_\_\_

SCIT: Anzahl der Injektionen seit Beginn der Behandlung bzw. seit letzter Stuserhebung \_\_\_\_

SLIT: Anzahl der ausgestellten Rezepte für SLIT-Präparate seit Beginn der Behandlung bzw. seit letzter Stuserhebung \_\_\_\_

Der Patient hat die für eine ordnungsgemäße Durchführung der SIT erforderlichen Arzttermine wahrgenommen.

### Symptome

Bitte geben Sie an, ob ihr Patient ein oder mehrere der folgenden Symptome aufweist. Bei Vorliegen des jeweiligen Symptoms, füllen Sie bitte jeden Monat entsprechend der folgenden Beschwerde-Skala aus:

**0 = keine, 1 = schwache, 2 = mäßige, 3 = starke Symptome**

Okulare Symptome

Jan \_\_\_\_ Feb \_\_\_\_ Mrz \_\_\_\_ Apr \_\_\_\_ Mai \_\_\_\_ Jun \_\_\_\_ Jul \_\_\_\_ Aug \_\_\_\_ Sep \_\_\_\_ Okt \_\_\_\_ Nov \_\_\_\_ Dez \_\_\_\_

Nasale Symptome

Jan \_\_\_\_ Feb \_\_\_\_ Mrz \_\_\_\_ Apr \_\_\_\_ Mai \_\_\_\_ Jun \_\_\_\_ Jul \_\_\_\_ Aug \_\_\_\_ Sep \_\_\_\_ Okt \_\_\_\_ Nov \_\_\_\_ Dez \_\_\_\_

Asthma bronchiale

Jan \_\_\_\_ Feb \_\_\_\_ Mrz \_\_\_\_ Apr \_\_\_\_ Mai \_\_\_\_ Jun \_\_\_\_ Jul \_\_\_\_ Aug \_\_\_\_ Sep \_\_\_\_ Okt \_\_\_\_ Nov \_\_\_\_ Dez \_\_\_\_

siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

### Zusätzliche Arztbesuche / Medikamentenverbrauch

Anzahl der zusätzlichen Arztbesuche aufgrund der Allergiebeschwerden

Haben Sie Ihrem Patienten zusätzlich zu den SIT-Präparaten allergiespezifische Arzneimittel verordnet?

nein

ja, folgende:

1. Arzneimittel \_\_\_\_\_ PZN \_\_\_\_\_

2. Arzneimittel \_\_\_\_\_ PZN \_\_\_\_\_

3. Arzneimittel \_\_\_\_\_ PZN \_\_\_\_\_

4. Arzneimittel \_\_\_\_\_ PZN \_\_\_\_\_

### Therapieumstellung

Haben Sie die Therapie für Ihren Patienten umgestellt?

nein

ja, folgende Umstellung ist erfolgt:

präseasonal

perennial

SCIT

SLIT

Wechsel auf folgende/s SIT-Präparat/e unter Beibehaltung der Immuntherapieallergens

1. SIT-Präparat \_\_\_\_\_ PZN \_\_\_\_\_

2. SIT-Präparat \_\_\_\_\_ PZN \_\_\_\_\_

Wechsel des Immuntherapieallergens. Bitte Allergen/e angeben, gegen das/die jetzt desensibilisiert wird

1. Allergen \_\_\_\_\_ Arzneimittel \_\_\_\_\_ PZN \_\_\_\_\_

2. Allergen \_\_\_\_\_ Arzneimittel \_\_\_\_\_ PZN \_\_\_\_\_

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung für eine Therapieumstellung:

### Behandlungsende

Beendigung der SIT  nein  ja

Wenn ja:

regelrecht  vorzeitig

SCIT: Datum der letzten Injektion \_\_\_\_\_

SLIT: Datum der letzten Rezeptaussstellung \_\_\_\_\_

*siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)*

Bei vorzeitigem Behandlungsende nennen Sie bitte mindestens eine Begründung:

- Therapieversager
- Noncompliance des Patienten
- Nebenwirkungen
- Wegzug des Patienten
- Schwangerschaft
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Anlage 7

#### Patientenfragebogen

(noch zu entwickeln)

### Anlage 8

#### Liste der vom Paul-Ehrlich Institut zugelassenen Therapieallergene

<http://www.pei.de>

## Rheinisches Ärzteblatt

Offizielles Mitteilungsblatt der Ärztekammer Nordrhein  
und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

#### • Herausgeber:

Ärztekammer Nordrhein und  
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

#### • Redaktion:

Horst Schumacher (Chefredakteur)  
Dr. Heiko Schmitz (verantw. für Beiträge der KV Nordrhein)  
Karola Janke-Hoppe (Chefin vom Dienst)  
Jürgen Brenn  
Bülent Erdogan-Griese  
Rainer Franke  
Karin Hamacher  
Frank Naundorf  
Sabine Schindler-Marlow

#### • Redaktionsausschuss:

Dr. med. Patricia Aden, Essen  
Bernhard Brautmeier, Essen  
Dr. med. Sven Christian Dreyer, Düsseldorf  
Dr. med. Hans Uwe Feldmann, Essen  
Dr. med. Thomas Fischbach, Solingen  
Martin Grauduszus, Erkrath  
Dr. med. Michael Hammer, Düsseldorf  
Dr. med. Heiner Heister, Aachen  
Rudolf Henke, Aachen  
Dr. med. Rainer Holzborn, Duisburg  
Dr. med. Friedrich-Wilhelm Hülskamp, Essen  
Dr. med. Wolfgang Klingler, Moers  
Dr. med. Erich Theo Merholz, Solingen  
Dr. med. Jochen Post, Nettetal  
Dr. med. Peter Potthoff, Königswinter  
Fritz Stagge, Essen  
Bernd Zimmer, Wuppertal

#### • Anschrift der Redaktion:

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf,  
Postfach 30 01 42, 40401 Düsseldorf  
Fernruf: 0211 4302-2010, -2011, -2020, -2013, -2012  
Telefax: 0211 4302-2019  
E-Mail: [Rheinisches-Aerzteblatt@aekno.de](mailto:Rheinisches-Aerzteblatt@aekno.de)  
Internet: [www.aekno.de](http://www.aekno.de)

Offizielle Veröffentlichungen der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein als Herausgeber des Rheinischen Ärzteblattes sind ausdrücklich als solche gekennzeichnet (Amtliche Bekanntmachungen). Mit anderen Buchstaben oder mit Verfasseramen gekennzeichnete Veröffentlichungen geben in erster Linie die Auffassung der Autoren und nicht in jedem Fall die Meinung der Schriftleitung wieder.

Bei Einsendungen von Manuskripten an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden. Die Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn ein vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für die veröffentlichten Beiträge bleiben vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Schriftleitung.

#### • Verlag, Vertrieb, Anzeigenverwaltung:

WWF Verlagsgesellschaft mbH,  
Postfach 18 31, 48257 Greven  
Am Eggenkamp 37-39, 48268 Greven  
Tel.: 02571 9376-30, Fax: 02571 9376-55  
E-Mail: [verlag@wwf-medien.de](mailto:verlag@wwf-medien.de), [www.wwf-medien.de](http://www.wwf-medien.de)  
Geschäftsführer: Manfred Wessels

#### • Druck:

WWF Druck + Medien GmbH, Am Eggenkamp 37-39, 48268 Greven  
Tel.: 02571 9376-0, Fax: 02571 9376-50, [www.wwf-medien.de](http://www.wwf-medien.de)  
Ab Ausgabe 1/2013 ist die Anzeigenpreisliste Nr. 20 vom 1. Januar 2013 gültig. Der Bezugspreis ist durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten. Für Nichtmitglieder beträgt der Bezugspreis jährlich 80,00 € einschließlich Zustellgebühr. Das Rheinische Ärzteblatt erscheint monatlich einmal, Anzeigenschluss ist am 10. des Vormonats.

ISSN: 0035-4481